

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 2016 r.

w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 23a ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa minimalną funkcjonalność dla systemów teleinformatycznych umożliwiających świadczeniobiorcom realizację usług umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej oraz powiadamiania o terminie udzielenia tego świadczenia.

§ 2. 1. Systemy teleinformatyczne świadczeniodawców, zwane dalej „systemami”, w zakresie swojej minimalnej funkcjonalności zapewniają następujące usługi:

- 1) automatycznego wyszukania wolnych terminów udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej oraz możliwość rejestracji na wizytę i wyboru terminu wizyty podczas rejestracji;
- 2) monitorowania przez świadczeniobiorcę statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej poprzez umożliwienie świadczeniobiorcy dostępu do informacji o:
 - a) terminie planowanego udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej,
 - b) liczbie osób oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej,
 - c) liczbie osób skreślonych z listy oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 1240, 1269, 1365, 1569, 1692, 1735, 1830, 1844, 1893, 1916, 1991 i 1994 oraz z 2016 r. poz. 65 i 652.

- 3) wyszukiwania według określonych kryteriów:
 - a) kodu i nazwy charakteryzujących specjalność komórki organizacyjnej, o których mowa w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594),
 - b) miejsca udzielania świadczenia opieki zdrowotnej,
 - c) terminu planowanego udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej,
 - d) imienia i nazwiska lekarza;
- 4) powiadamiania świadczeniobiorców za pomocą środków komunikacji elektronicznej o zmianie terminu wizyty;
- 5) przeglądu i wydruku przez świadczeniobiorcę zaplanowanych przez niego wizyt;
- 6) identyfikacji i uwierzytelniania świadczeniobiorców w systemach teleinformatycznych świadczeniodawców z użyciem:
 - a) nadanego identyfikatora i hasła z zastrzeżeniem, że założenie kont świadczeniobiorców w systemach teleinformatycznych następuje po potwierdzeniu ich tożsamości, oraz
 - b) profilu zaufanego ePUAP;
- 7) dokonania przez świadczeniobiorców korekty danych wprowadzonych podczas rejestracji, w tym powiadomienia świadczeniodawcy o niemożności stawienia się w określonym terminie albo rezygnacji z realizacji świadczenia opieki zdrowotnej;
- 8) obsługę procesu potwierdzania przez świadczeniobiorcę odczytania powiadomienia otrzymanego od świadczeniodawcy za pomocą komunikacji elektronicznej o zmianie terminu wizyty oraz akceptacji zaproponowanego w tym powiadomieniu nowego terminu planowanego udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej;
- 9) przypominania świadczeniobiorcom za pomocą środków komunikacji elektronicznej o terminie wizyty, w przypadku terminu planowanego udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przekraczającego miesiąc.

2. Kryteria, o których mowa w ust. 1 pkt 3, nie muszą być wybierane łącznie.

§ 3. Systemy w zakresie swojej minimalnej funkcjonalności zapewniają usługi z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, o których mowa w art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2013 r. poz. 1422, z 2015 r. poz. 1844 oraz z 2016 r. poz. 147 i 615).

§ 4. 1. Administratorzy systemów w zakresie niezbędnym dla właściwego działania przypisanego im systemu opracowują i ustanawiają, wdrażają i eksploatują, monitorują i przeglądają oraz utrzymują i udoskonalają system zarządzania bezpieczeństwem informacji zapewniający poufność, dostępność i integralność informacji.

2. System zarządzania bezpieczeństwem informacji spełnia wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 18 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz.U. z 2014 r. poz. 1114 oraz z 2016 r. poz. 352) dla systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji oraz uwzględnia w zakresie zarządzania bezpieczeństwem informacji w ochronie zdrowia normę PN-EN ISO 27799:2010 Informatyka w ochronie zdrowia - Zarządzanie bezpieczeństwem informacji w ochronie zdrowia z wykorzystaniem ISO/IEC 27002, albo normę lub wersję normy ją zastępującą.

§ 5. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z wyjątkiem § 2 ust. 1 pkt 3 lit. d oraz pkt 6, 8 i 9, które wchodzi w życie po upływie 6 miesięcy od dnia ogłoszenia.³⁾

MINISTER ZDROWIA

w porozumieniu

MINISTER CYFRYZACJI

PODSEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia
Piotr Gryza

Za zgodność pod względem
prawnym i redakcyjnym

DYREKTOR
Departamentu Prawnego
Anna Miszczak
radca prawny

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2013 r. w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego (Dz. U. poz. 516), które utraciło moc z dniem 1 stycznia 2016 r. na podstawie art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138 i 1491 oraz z 2015 r. poz. 2198). Rozporządzenie było notyfikowane Komisji Europejskiej w dniu 18 grudnia 2012 r. pod numerem 2012/0711/PL.

DYREKTOR
Departamentu Funduszy Europejskich
i Zarządzania
Agnieszka Kister

29.06.2016
ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego
Alina Budziszewska-Marataska

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 23a ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.) zmienionego pośrednio w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138 i 1491 oraz z 2015 r. poz. 2198).

Projektowane rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2013 r. w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego (Dz. U. poz. 516). Przedłożony projekt powtarza zasadniczo treść ww. rozporządzenia. W § 2 nakłada na świadczeniodawców obowiązek zagwarantowania w zakresie swojej minimalnej funkcjonalności szeregu usług zapewniających efektywne zapisywanie się świadczeniobiorców na listy oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. Wszystkie wskazane w § 2 projektu usługi są obowiązani zapewnić świadczeniodawcy w ramach własnych systemów teleinformatycznych (systemów lokalnych). Należy zwrócić uwagę, że rozporządzenie obejmuje jedynie minimalną funkcjonalność dla systemów teleinformatycznych świadczeniodawców, tj. usługi, które są oni zobligowani zapewnić. Nie ma jednak przeszkód, aby świadczeniodawcy zapewniali także inne, dodatkowe usługi, świadczeniobiorcom związane z tworzeniem przez nich list oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

W projektowanym rozporządzeniu zrezygnowano z obowiązku zapewnienia usług ściśle związanych z pełnym wdrożeniem Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (Projekt P1), tj. uniemożliwienie wpisania świadczeniobiorcy na więcej niż jedną listę oczekujących oraz przekazywanie danych zawartych na listach oczekujących do systemu informacji w ochronie zdrowia. W związku ze zmianą koncepcji wdrażania P1, a co za tym idzie także korektą uruchamiania poszczególnych usług, w szczególności przesunięciem terminu udostępnienia

użytkownikom e-skierowań, projektodawca uznaje za konieczne zwolnienie świadczeniodawców z zapewnienia tych usług. Nie jest bowiem możliwe, aby te usługi zostały zapewnione przez świadczeniodawców w ramach systemów lokalnych. W stosunku do poprzedniego rozporządzenia wprowadzono dodatkowe usługi, które są obowiązani zapewnić świadczeniodawcy, tj. obsługę procesu potwierdzania przez świadczeniobiorcę odczytania powiadomienia otrzymanego od świadczeniodawcy za pomocą komunikacji elektronicznej o zmianie terminu wizyty oraz akceptacji zaproponowanego w tym powiadomieniu nowego terminu planowanego udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej (§ 2 pkt 8) oraz przypominania świadczeniobiorcom za pomocą środków komunikacji elektronicznej o terminie wizyty, w przypadku terminu planowanego udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przekraczającego miesiąc (§ 2 pkt 9). Celem zaproponowanych rozwiązań jest ograniczenie zjawiska niestawiania się pacjentów na umówione wizyty, których przyczyny leżą po stronie samych pacjentów.

Z uwagi na to, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2013 r. w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego utraciło moc z dniem 1 stycznia 2016 r., proponuje się wejście w życie projektowanego rozporządzenia z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z wyjątkiem dodatkowych usług do których zapewnienia zostali zobowiązani świadczeniodawcy, w stosunku do nich przewiduje się 6 miesięczny okres przejściowy.

Projekt rozporządzenia jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie podlega obowiązkowi przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu.

Projektowane rozporządzenie zawiera przepisy techniczne w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597). Projekt jest jednak zwolniony z procedury notyfikacji norm technicznych na podstawie § 5 pkt 1 tego rozporządzenia, gdyż zawiera normy techniczne o identycznej treści, co występujące w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2013 r., które to rozporządzenie było notyfikowane Komisji Europejskiej w dniu 18 grudnia 2012 r. pod numerem 2012/0711/PL.

Nazwa projektu

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej

Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące

Ministerstwo Zdrowia

Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu

Piotr Gryza – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Data sporządzenia

29.06.2016 r.

Źródło:

art. 23a ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.).

Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia:

MZ 172

Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu

Agnieszka Kister – Dyrektor Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia, 22 530 02 38, a.kister@mz.gov.pl

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt rozporządzenia stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 23a ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm. zmienionego pośrednio w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138 i 1491 oraz z 2015 r. poz. 2198). W myśl bowiem art. 25 tej ostatniej ustawy akt wykonawczy wydany na podstawie art. 23a ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zachowuje moc do czasu wydania aktu wykonawczego w brzmieniu nadanym ustawą zmieniającą, lecz nie dłużej niż do dnia 1 stycznia 2016 r.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Nie dotyczy. Wydanie nowego rozporządzenia jest wynikiem pośredniej zmiany upoważnienia ustawowego do jego wydania

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Nie dotyczy. Wydanie nowego rozporządzenia jest wynikiem zmiany brzmienia upoważnienia ustawowego do jego wydania.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Świadczeniodawcy	6306	Dane Narodowego Funduszu Zdrowia	Obowiązek zapewnienia usług, o których mowa w projekcie, w ramach prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia.
Świadczeniobiorcy	38 454 576	GUS Ludność – stan na 30 czerwca 2015 r.	Prawo do zapisywania się z użyciem systemów teleinformatycznych na listy oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt nie był przedmiotem pre-konsultacji. Projekt rozporządzenia został przesłany do opiniowania i konsultacji publicznych, których wynik zostanie omówiony w raporcie z konsultacji publicznych po ich przeprowadzeniu. Projekt został przekazany do zaopiniowania przez: Wojewodę Dolnośląskiego, Wojewodę Kujawsko-Pomorskiego, Wojewodę Lubelskiego, Wojewodę Lubuskiego, Wojewodę Łódzkiego, Wojewodę Małopolskiego, Wojewodę Mazowieckiego, Wojewodę Opolskiego, Wojewodę Podlaskiego, Wojewodę Pomorskiego, Wojewodę Podkarpackiego, Wojewodę Śląskiego, Wojewodę Świętokrzyskiego, Wojewodę Wielkopolskiego, Wojewodę Warmińsko-Mazurskiego, Wojewodę Zachodniopomorskiego, Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, Naczelną Radę Lekarską, Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, Naczelną Radę Aptekarską, Federację Pacjentów Polskich, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Stowarzyszenie Pacjentów „Primum Non Nocere”, Polskie Towarzystwo Informatyczne, Fundację SMA, Fundację Batorego, Narodowy Fundusz Zdrowia, Krajową Kasę Ubezpieczenia Społecznego, Zakład Ubezpieczeń

w ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw								
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe (dodaj/usuń)								
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa								
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw								
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe (dodaj/usuń)								
Niemierzalne	(dodaj/usuń)								
	(dodaj/usuń)								

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń

Wejście w życie przedmiotowego projektu nie będzie miało bezpośredniego wpływ na konkurencyjność gospodarki.

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).

tak
 nie
 nie dotyczy

zmniejszenie liczby dokumentów
 zmniejszenie liczby procedur
 skrócenie czasu na załatwienie sprawy
 inne:

zwiększenie liczby dokumentów
 zwiększenie liczby procedur
 wydłużenie czasu na załatwienie sprawy
 inne:

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.

tak
 nie
 nie dotyczy

Komentarz:

9. Wpływ na rynek pracy

Nie dotyczy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

środowisko naturalne
 sytuacja i rozwój regionalny
 inne:

demografia
 mienie państwowe

x informatyzacja
x zdrowie

Omówienie wpływu Projektowane przepisy zobowiązują

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Projekt powtarza większość regulacji aktualnie obowiązujących. Rozporządzenie wejdzie w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z wyjątkiem części przepisów wprowadzających dodatkowe usługi, które ma zapewnić świadczeniodawca – 6 miesięcy od dnia ogłoszenia.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Nie planuje się przeprowadzania ewaluacji efektów.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Nie dotyczy.